Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2015–2016

34 104 Langdurige zorg

F

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 februari 2016

Ruim 280.000[1] mensen in Nederland kunnen vanwege ouderdom, (chronische) ziekte, een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking of chronische psychiatrische problematiek niet (meer) zelfstandig wonen. Zij hebben 24 uur per dag mensen in hun nabijheid nodig. Zij zijn, naast medische verzorging, voor de meest vanzelfsprekende zaken in het leven afhankelijk van anderen: eten, wassen, activiteiten overdag en aangepast werk. Juist in zo'n situatie van afhankelijkheid die de persoonlijke intimiteit iedere dag raakt, is waardigheid geboden. Ondersteuning en zorg staan ten dienste van het leven dat de persoon wenst te leven. Dat principe is in de Wet langdurige zorg (Wlz) en met de ratificatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap verankerd.

De zorg voor mensen met een beperking is in Nederland van een hoog niveau en komt voort uit een sterke (medische) traditie. De afgelopen jaren heeft de gehandicaptensector zich succesvol toegelegd op ontwikkelingsgerichte methodieken. De verzorgings- en verpleeghuiszorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg verplaatsen zich naar buiten de instelling. De ambitie van dit kabinet met de Wlz gaat een stap verder. Niet de zorg maar het welbevinden van de mens met zijn beperking staat voorop. Welbevinden start met zeggenschap. Wie komt er aan me? Waar woon ik? Met wie wil ik 's avonds aan tafel zitten? Hoe laat sta ik op? Mag ik in vrijheid naar buiten? Wat wil ik doen in mijn vrije tijd? Mensen willen zelf bepalen hoe zij hun dag invullen en zij behoren ruimte te hebben om zichzelf te zijn met hun eigen overtuigingen, religie of geaardheid. Ouders die een plek zoeken voor hun gehandicapte kind moeten alle ruimte krijgen om een instelling te kiezen die echt bij hun kind past en de manier waarop zij in het leven staan.

[1] Bron: CIZ, standcijfers 1 oktober 2015

kst-34104-F
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

Kortom, mensen moeten ondersteuning, zorg en een woonomgeving kunnen krijgen die past in hun eigen leven. Dat is nu onvoldoende gegarandeerd. Ongeveer 10.000 mensen kunnen niet bij de zorgaanbieder van hun eerste voorkeur terecht. Ook komt het nu nog te vaak voor dat de eigen levensstijl moet wijken voor (logistieke) logica van de zorg. Voorbeelden zijn opstaan op vaste tijden, verplicht warm eten 's middags, vaste deelname aan (groeps)activiteiten die niet aansluiten bij wensen, planbare zorg op tijdstippen die de bewoner niet uitkomt of mensen met een beperking die liever zouden verhuizen. Tenslotte zien we te vaak dat echtparen onnodig gescheiden worden of dat het niet mogelijk is om zorg thuis en zorg in een instelling gedurende de week goed te combineren. In veel gevallen wordt noodgedwongen uitgeweken naar het persoonsgebonden budget (pgb), terwijl mensen daar niet altijd voor willen kiezen. De ambitie is dat de organisatie van de ondersteuning en zorg voor mensen zich voegt naar het leven van deze mensen en niet andersom[2]. Daarbij moet iedereen ervan uit kunnen gaan dat de (medische) zorg voor hun (chronische) ziekte of aandoening gebaseerd is op richtlijnen, gevalideerde methodieken en medisch-wetenschappelijke kennis. Er moet ruimte zijn voor afwegingen – soms met weldoordachte risico's – die door mensen zelf, hun naasten, hun wettelijk vertegenwoordigers en met inbreng van de professionele inzichten van zorgverleners worden gemaakt. Keuzes voor welbevinden botsen soms met keuzes van risicobeheersing. Hierover is constante dialoog noodzakelijk.

Bovengenoemde ambitie, die onder andere gepaard zal gaan met een toenemende invloed van technologische innovaties, stimuleer ik met een gerichte meerjarige aanpak. Deze aanpak richt zich enerzijds met de programma's «Waardigheid en Trots», «Dementievriendelijke samenleving» en het binnenkort uit te brengen plan van aanpak voor de gehandicaptenzorg op de relatie tussen de mens met een beperking en zorgverleners en richt zich anderzijds op de regels. Ik zie regels in de indicatiestelling, zorginkoop, bekostiging en verantwoording die drempels opwerpen voor zorgaanbieders om die ambitie waar te maken. Daarom wil ik deze aanpassen, ten behoeve van:
– Substantieel meer (financiële) zeggenschap voor mensen met een zware beperking over de ondersteuning en zorg in hun leven (thuis of in andere woonvormen);
– Meer innovatieve zorgaanbieders;
– Het stimuleren van technologische innovaties.

Wet langdurige zorg: doelgroepen

Bij ouderen (ruim 160.000[3] mensen met een Wlz-indicatie) is afhankelijkheid van zorg vaak het resultaat van een broze gezondheid en fysieke en mentale achteruitgang, die voor hen en hun omgeving pijn en verdriet met zich meebrengen. Het moeten verhuizen naar een instelling is een grote stap die deze afhankelijkheid scherp markeert. Zorgverleners proberen in samenspraak met naasten en mantelzorgers deze overstap te verzachten door de zorg zo te organiseren dat iemand dingen die thuis gewoon waren kan behouden. Juist als er zoveel moet worden ingeleverd zijn de kleine dingen die men gewend was en die behouden kunnen blijven erg belangrijk.

---

[2] Dit sluit aan bij ontwikkelde methodieken van «positieve gezondheid» (M. Hubert et al, Towards a «patient-centred» operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study, BMJ, 2016), het kwaliteitsdenken in de ouderenzorg («Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier», J. Coolen, september 2015) en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg, waarin wordt gewerkt met acht dimensies in het leven.

[3] Bron: CIZ, standcijfers 1 oktober 2015

Naast de basiskwaliteit van zorg staat het welbevinden steeds meer centraal[4]. Verpleeghuiszorg gericht op welbevinden bestaat uit vier elementen: gezondheidszorg gericht op (chronische) ziekten en behandeling, verzorging gericht op zelfredzaamheid, welbevinden (zoals plezierige dagbesteding, lekker eten en drinken en waardevolle relaties) en een prettige, veilige woonomgeving[5].

Bij mensen met een handicap (ruim 110.000[6] mensen met een Wlz-indicatie) gaat het om mensen met verstandelijke, zintuiglijke, lichamelijke en soms meervoudige beperkingen, ouderdomsproblemen, niet-aangeboren hersenletsel of een combinatie met autisme, dementie of gedragsproblematiek. Deze mensen hebben levenslang en levensbreed zorg nodig maar willen tegelijk hun leven zoveel mogelijk inrichten naar eigen inzicht en behoeften. Ouders en familie van een gehandicapt kind dat niet langer thuis kan blijven wonen, zoeken naar een omgeving waar liefdevolle zorg wordt geboden, uitgaande van de mogelijkheden en beperkingen die het kind heeft. Inclusie en participatie zijn kernbegrippen. Begeleiding en behandeling zijn ontwikkelingsgericht (binnen de mogelijkheden die de persoon heeft). Doordat de zorg voor mensen met een beperking levenslang en levensbreed is, richt deze zorg zich van oudsher op meerdere aspecten van het leven. In het (nieuwe) kwaliteitskader van de gehandicaptensector wordt hierop voortgebouwd. Ik kom samen met de sector dit voorjaar met een plan van aanpak inzake de kwaliteit van de gehandicaptenzorg.

Voor mensen met een psychische stoornis (ongeveer 8.500 mensen met een Wlz-indicatie[7]), heeft het Zorginstituut Nederland mij op 16 december 2015 het advies over de toegang tot de Wlz aangeboden. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om mensen bij wie sprake is van een combinatie van een ernstige psychische stoornis met een verstandelijke beperking of een verslaving, of mensen met het syndroom van Korsakov of de ziekte van Huntington. Dit advies heb ik op 1 februari jongstleden naar de Tweede Kamer verzonden[8]. De beleidsreactie op dit advies volgt in het voorjaar van 2016. Dan zal ik inhoudelijk ingaan op dit advies en aangeven op welke wijze ik aan het advies van het Zorginstituut Nederland uitvoering zal geven.

Ambitie voor de toekomst

Met de Wlz als opvolger van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) uit 1968 is een stap gezet om de langdurige zorg te verbeteren. Zo zijn de aanspraken van mensen bij wet vastgelegd, is het wettelijk recht op onafhankelijke cliëntondersteuning geïntroduceerd, is er een experimenteerartikel over de Wlz, Zvw en Wmo toegevoegd en maakt de plek waar iemand zorg wil ontvangen niet meer uit. De wet is daarmee geen instellingswet, maar een mensenwet. Bij de behandeling van de Wlz heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd[9] over de condities waaronder de Wlz zeer kort na aanvaarding in het parlement reeds in werking kon treden. Een van deze condities was de gefaseerde, stapsgewijze invoering, zodat de uitvoeringspraktijk in 2015 in hoge mate kon voortbouwen op de situatie in de AWBZ. Zoals toen ook benoemd en neergelegd in de aangenomen motie van Kamerlid van Dijk c.s.[10] en mijn toezeggingen

---

[4] ActiZ, mei 2015, Ruimte scheppen voor welbevinden.
[5] Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier, J. Coolen, september 2015.
[6] Bron: CIZ, standcijfers 1 oktober 2015.
[7] Bron: CIZ, standcijfers 1 oktober 2015.
[8] TK 2015–2016, 34 104, nr. 101
[9] TK 2013–2014, 33 891, nr. 13
[10] TK 2013–2014, 33 891, nr. 106

over persoonsvolgende bekostiging[11] naar aanleiding van vragen van Kamerlid 't Wout stopt daarmee niet mijn ambitie en ook niet die van de sector. In de brede coalitie «Eigen Regie» hebben zij een aansprekend beeld geschetst van de positie van de cliënt.

In samenspraak met NPCF, Ieder(in), Platform GGZ, Per Saldo, LOC, PCOB, ANBO, Mezzo, Verenso, VenVN, LHV, Actiz, VGN, BTN, BVKZ, GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang, ZN, VNG, CIZ, Zorginstituut, NZa en IGZ heb ik de volgende ambitie geformuleerd om waardig leven met zorg in de Wlz te bevorderen.

Versterken positie van mensen

Een groot deel van de mensen die op zorg vanuit de Wlz zijn aangewezen, werden al eerder ondersteund vanuit andere domeinen. Daarom moet de samenhang en samenwerking tussen domeinen worden versterkt. Mensen hechten eraan hun leven te blijven leiden, ook als ze op langdurige zorg zijn aangewezen. Er ligt hier een grote rol voor naasten en de bij wet geregelde onafhankelijke cliëntondersteuning. Juist tegen deze achtergrond wil ik de zeggenschap van mensen en naasten over de zorg die geleverd wordt vergroten. Ik geef hier ook aandacht aan in de Toekomstagenda Informele zorg en Ondersteuning die u binnenkort van mij ontvangt. Cruciaal is dat mensen (toenemende) zorg ervaren als integraal onderdeel van hun leven, waarbij de zorg zich aanpast aan de veranderende behoeften en dat de toegang tot de Wlz niet aanvoelt als een hindernis die genomen moet worden. Ik vind het van groot belang dat veranderingen in de zorgbehoefte niet onnodig dwingen tot veranderingen in de woonsituatie: wie doelmatig en verantwoord thuis kan blijven wonen, moet daar ruimte voor krijgen. Het scheiden van wonen en zorg staat al langer op de politieke agenda (onder meer door de motie-Van Miltenburg/Smits[12]). Dit kabinet heeft daar met het extramuraliseren van de lichtere zorgzwaartepakketten en de mogelijkheden van thuis wonen in de Wlz ook een extra impuls aan gegeven.

Meer ruimte voor goede aanbieders

Om mensen meer zeggenschap te geven over de zorg die zij ontvangen, moeten zorgaanbieders geprikkeld worden om echt naar mensen te luisteren. Zorgaanbieders moeten meer afhankelijk gemaakt worden van cliëntvoorkeuren en minder van inkoopafspraken met de Wlz-uitvoerder. Zo zouden aanbieders die een uitstekende patiëntveiligheid combineren met veel aandacht voor persoonlijk welbevinden meer ruimte moeten krijgen om te groeien. Aanbieders hebben bestaansrecht, omdat ze in dienst staan van mensen en moeten hun bestaansrecht niet primair ontlenen aan een jarenlange inkooprelatie met de Wlz-uitvoerder. De Wlz is immers een mensenwet en geen instellingswet en zo moet dat in de uitvoeringspraktijk ook beleefd worden. Ik wil daarom in de regelgeving en uitvoeringspraktijk meer ruimte creëren voor aanbieders die zorg en eventueel huisvesting leveren die de cliënt prefereert. Dit sluit ook aan bij de gedachte van verschillende moties van Kamerleden van Dijk en Potters[13] waarin verzocht wordt om goede aanbieders de norm te maken.

---

[11] AO Verpleeghuiszorg op 30 juni 2015 en 11 november 2015. Plenaire behandeling Wlz op 10 september 2014

[12] TK 2005–2006, 27 659, nr. 63

[13] TK2014–2015, 31 765, nr. 132, en TK 2015–2016, 31 765, nr. 176

Stimuleren innovaties

Mensen met een zware beperking willen zich thuis voelen, ongeacht de plaats van zorglevering. Het zorgaanbod moet een weerspiegeling zijn van de grote variëteit aan mensen en wensen. Technologische innovatie kan hierbij een belangrijke rol spelen. Hierdoor krijgen zij meer mogelijkheden om de zorg thuis te organiseren en kunnen zorgaanbieders de wijze waarop zij de zorg hebben georganiseerd verbeteren, waardoor de zelfstandigheid kan worden vergroot. Innovatieve concepten, waarbij zorg geboden wordt van goede kwaliteit en die mensen meer ruimte geeft om te leven zoals zij dat willen, wil ik stimuleren. Hetzelfde geldt voor innovaties die tot doel hebben mensen een integraal en aansluitend pakket aan zorg te bieden over de zorgdomeinen heen, maar die moeilijk van de grond komen, omdat de toegang tot financiering moeilijk is of omdat de kosten en baten in verschillende domeinen of bij verschillende partijen neerslaan. Wanneer het wettelijk recht op het scheiden van wonen en zorg, zoals dat nu in de Wlz is verankerd, wordt aangevuld met meer (technologische) innovaties, dan ontstaan er voor mensen met een zware beperking echt nieuwe zorgvormen.

Knelpunten in de uitvoering

Met de Wlz heb ik een omslag in het denken over de langdurige zorg en het handelen in de praktijk beoogd. Deze omslag heeft als doel de zorgverlening meer persoonsgericht te maken en het zorgstelsel meer ten dienste van mensen te laten werken. Vernieuwing in de langdurige zorg moet gericht zijn op de wensen en de mogelijkheden van mensen om met en ondanks hun beperking te kunnen meedoen aan de samenleving. Als gevolg van knelpunten in de praktijk is de beoogde omslag voor veel mensen nog geen realiteit. Het gedachtegoed van de Wlz wordt nog niet in de praktijk toegepast. Zo heb ik eind 2014 de Tweede Kamer geïnformeerd dat er circa 10.000[14] mensen met overbruggingszorg wachten op een plek in de instelling van hun eerste voorkeur. Momenteel doe ik onderzoek naar de precieze oorzaken hiervan. Ook zijn er nog steeds echtparen die na decennia huwelijk van elkaar gescheiden worden omdat er te weinig aanbod is om hen samen op te nemen. Initiatiefnemers van zorgcoöperaties die de zorg willen organiseren met een fundamenteel ander samenspel van zorgprofessionals, vrijwilligers, naasten en mensen, stuiten nog te vaak op drempels om toe te treden. Hetzelfde geldt voor nieuwe kleinschalige woonvormen, waarbij zorg wordt geleverd in een geclusterde setting, zodat de cliënt zoveel mogelijk een herkenbaar thuis heeft, terwijl de nabijheid van zorg onder meer met de inzet van domotica gewaarborgd is.

Uit onderzoek[15] van de NZa blijkt dat ongeveer 80% van de budgethouders kiest voor het pgb, omdat niet alle zorg die zij wensen in natura geleverd kan worden. En 20% daarvan geeft aan dat de zorg door reguliere aanbieders niet op onregelmatige tijden en locaties kan worden geleverd. Het pgb heeft aansprekende vormen van zorgvernieuwing opgeleverd en het is mede om die reden dat het pgb in de Wlz wettelijk verankerd is. Voor mensen die niet in staat zijn om te voldoen aan de vereisten voor een pgb, blijft een deel van de zorgvernieuwing echter buiten bereik.

In de beoordeling door het CIZ, waarin wordt vastgesteld of een persoon toegang krijgt tot de Wlz, speelt de afweging of naasten of professionele zorgverleners vanuit andere wettelijke domeinen de cliënt nog zouden

[14] TK 2014–2015, 34 104, nr. 5
[15] TK 2014–2015, 25 657, nr. 159

kunnen ondersteunen, geen rol. Dit leidt ertoe dat de overgang tussen domeinen veranderingen voor mensen met zich meebrengt, die vanuit het perspectief van de persoon die thuis blijft wonen, niet altijd verklaarbaar zijn. Het hele zorgpakket wordt opnieuw georganiseerd. Daarnaast ervaren mensen die zorg thuis willen ontvangen de getrapte beoordeling via indicatiestelling door het CIZ en de toewijzing van de zorg (inclusief meerzorg) en de leveringsvorm door de Wlz-uitvoerder als bureaucratisch. Zo kunnen ouders die zelf voor hun (meervoudig) gehandicapte kind willen zorgen het gevoel krijgen dat ze hun verhaal twee keer moeten vertellen. Ook heeft de indicatiestelling door het CIZ voor mensen over wie in het voortraject al veel bekend is over de zorgvraag (bijvoorbeeld omdat zij uit het ziekenhuis komen of ondersteuning ontvingen van de gemeente) weinig toegevoegde waarde.

De bekostiging van zorg die thuis wordt geleverd, sluit niet altijd goed aan bij de persoonlijke situatie van mensen. Wie de zorg heeft voor een gehandicapt kind van acht jaar heeft niet hetzelfde pakket aan zorg nodig als iemand met een bijna volwassen kind. Toch wordt met dergelijke omstandigheden in de bekostiging niet of nauwelijks rekening gehouden. Ook binnen instellingen kan meer maatwerk geboden worden. Voor een cliënt die zijn leven heeft gewijd aan klassieke muziek, kan de ideale dagbesteding er heel anders uitzien dan die van iemand die een half leven op de steiger heeft gestaan. Toch wordt er in de ouderenzorg nog weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheid om dagbesteding desgewenst bij een andere aanbieder af te nemen dan de aanbieder waar de cliënt verblijft. Ook de samenwerking tussen huisartsen, verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten die veelal verbonden zijn aan instellingen verloopt, zeker bij thuiswonende mensen, niet altijd soepel. Dat komt onder meer vanwege beperkingen in de bekostiging. Over de specifieke behandeling door specialisten ouderengeneeskunde van mensen met en zonder Wlz-indicatie en over de positionering van behandeling van mensen met een Wlz-indicatie informeer ik u eind 2016.

Uit het voorgaande trek ik drie conclusies. In de eerste plaats geldt dat een betere aansluiting tussen de wensen van mensen en het aanbod van instellingen alleen tot stand komt als mensen en hun omgeving voldoende zijn toegerust of voldoende worden ondersteund. In de tweede plaats constateer ik dat mensen en hun naasten meer zeggenschap moeten krijgen om de zorg, als zij dat wensen en als dit verantwoord is, thuis in hun eigen vertrouwde omgeving te organiseren. In de derde plaats stel ik vast dat er meer diversiteit en maatwerk nodig is in het zorgaanbod in de langdurige zorg en dat het aanbod van zorg in natura meer moet aansluiten bij hoe mensen willen leven, vergelijkbaar met de mogelijkheden binnen het pgb.

Publieke waarborgen bij de vernieuwing

Om te zorgen dat mensen nu en in de toekomst een beroep kunnen doen op zorg vanuit de Wlz moeten de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg gewaarborgd zijn. Het spreekt voor zich dat de ruimte voor meer vernieuwing begrensd wordt tot de zorg die voldoet aan de geldende basisvereisten voor kwaliteit, zoals die onder meer zijn vastgelegd in professionele beroepsnormen en het toezichtskader van de inspectie. De keuzemogelijkheden om de zorg thuis te ontvangen worden eveneens begrensd door doelmatigheidsnormen zoals die in de Wlz zijn vastgelegd.

Daarnaast geldt dat ook de beschikbaarheid van de langdurige zorg gewaarborgd moet zijn. De voorkeuren van individuele mensen kunnen ook gevolgen hebben voor anderen. Als mensen die zorg ontvangen in een geclusterde setting, de zorg op een andere manier of andere plek

willen organiseren, kan dit betekenen dat de continuïteit van zorg voor de overige mensen op die locatie niet meer gewaarborgd kan worden. Uiteindelijk kan dit ook consequenties hebben voor het bestaansrecht van zorgaanbieders en hun personeel. Ik wil met deze aspecten nadrukkelijk rekening houden bij de vormgeving van maatregelen.

Deze vraagstukken komen nu ook al voor en laten zien dat het faciliteren van de keuzen, de wensen en de mogelijkheden van mensen een zorgvuldige aanpak vergt, die recht doet aan de eerder genoemde publieke waarborgen waar iedereen op moet kunnen rekenen en waarop we ook toezicht moeten houden.

Naar een persoonsgerichte uitvoeringspraktijk

In bijlage 1[16] van deze brief licht ik toe hoe belemmeringen in de uitvoering ervoor zorgen dat mensen met zware beperkingen niet in de positie worden gebracht om hun leven te leiden zoals zij dat zelf willen. Om deze belemmeringen weg te nemen, wil ik in samenwerking met het veld de volgende acties in gang zetten om de uitvoering van de langdurige zorg de komende drie jaar te vernieuwen.

1. Ter uitvoering van de motie Bergkamp[17] zal ik uiterlijk 1 april een adviesaanvraag doen aan het Zorginstituut en de NZa om een maatwerkprofiel te ontwerpen, inclusief een passende bekostigingssystematiek, met het doel om de Wlz-zorg die mensen thuis ontvangen beter te laten aansluiten bij hun persoonlijke situatie. Daarna zal ik besluiten over de inpassing van het advies in wet- en regelgeving. Hiermee voldoe ik tevens aan uw verzoek van 21 januari 2016[18], waarin u vraagt om de motie Bergkamp zo uit te voeren, dat de gezamenlijke adviesaanvraag (ook) gaat over een maatwerkprofiel.
2. Om te voorkomen dat de overgang naar de Wlz onnodig belastend wordt voor mensen wil ik de toegang tot de Wlz per 2017 voor de cliënt vereenvoudigen door onder andere bestaande informatie in het indicatieproces beter te benutten en te stroomlijnen. Dit kan ook leiden tot de mogelijkheid dat aanbieders een indicatieadvies afgeven in enkele bijzondere situaties zoals palliatief terminale zorg. Ik ga hierover in gesprek met betrokken partijen.
3. Om de keuzemogelijkheden van mensen te vergroten zullen zij en hun naasten geïnformeerd moeten zijn over de mogelijkheden die de Wlz biedt op het gebied van zorg in natura met verblijf, zonder verblijf en het pgb. Dat betekent ook dat onafhankelijke cliëntondersteuning tijdig beschikbaar moet zijn. Ik heb met de betrokken partijen afgesproken hier vanaf 2016 invulling aan te geven.
4. Om mensen te helpen een weloverwogen afweging te maken tussen zorgaanbieders worden per 2017 de eisen die Wlz-uitvoerders stellen aan zorgaanbieders openbaar en begrijpelijk gemaakt.
5. Om de keuzemogelijkheden van mensen te vergroten en innovatie die aansluit bij de wensen en behoeften van mensen te stimuleren, wordt in aanvulling op de al bestaande inspanningen van Wlz-uitvoerders op dit terrein, per 2017 ook ingekocht via een ander inkoopmodel (bijvoorbeeld het Zeeuws model). Hiermee geef ik uitvoering aan de motie Potters[19] en wordt in de Wlz een «right to challenge» geïntroduceerd. Hiermee worden aanbieders meer geprikkeld om goede kwaliteit van zorg te leveren. Er zal ook regionaal ervaring worden opgedaan met gebruik van vouchers. Met een voucher hebben mensen een individueel trekkingsrecht op Wlz-zorg dat, qua keuzevrij-

[16] Ter inzage gelegd op het Afdeling Inhoudelijke ondersteuning.
[17] TK 2014–2015, 33 891, nr. 102
[18] Kenmerk 2016Z01171
[19] TK 2015–2016, 34 300-XVI-43

heid, overeenkomsten heeft met het pgb, maar waarbij zij met minder administratieve lasten te maken krijgen. Het gaat hier niet om een extra leveringsvorm, maar om het beter faciliteren van de keuzes die mensen maken. Het gaat bij zowel het Zeeuws model als het gebruik van vouchers om een regionaal experiment voor een begrensde periode en voor een deel van de zorg. Uiteraard blijven daarbij de wettelijke waarborgen voor de kwaliteit gelden. Dit experiment zal na afloop geëvalueerd worden en daarna zal worden besloten of en, zo ja, op welke wijze het experiment kan worden uitgebreid. De budgettaire beheersing wordt zo nodig aangepast om budgettaire neutraliteit te waarborgen.

6. Ik wil mensen die kiezen voor het pgb, omdat zij een voorkeur hebben voor een pgb-gefinancierd wooninitiatief meer mogelijkheden geven om deze vorm van zorg ook in natura geleverd te krijgen. Daartoe maak ik afspraken met Wlz-uitvoerders en de betreffende zorgaanbieders om de pgb-financiering van deze initiatieven desgewenst om te zetten in zorg in natura.
7. Om investeringen te stimuleren in innovaties die ten goede komen aan de wensen van mensen, worden voor mensen met zeldzame en complexe aandoeningen (zoals specialistische zorg voor complexe niet aangeboren hersenletsel, de ziekte van Huntington, gerontopsychiatrie, mensen met ernstige meervoudige beperkingen en sterk gedragsgestoorde mensen met een licht verstandelijke beperking), meerjarige inkoopafspraken gemaakt.
8. Om te zorgen dat de grote variëteit aan zorgvragen van mensen die zorg thuis en in een instelling ontvangen goed worden weerspiegeld in de zorgprofielen en in de bekostiging, laat ik een onderzoek doen naar de zorgprofielen en daaraan gekoppelde kosten. Hierin neem ik ook de mogelijkheid van een bekostigingcomponent voor innovatie mee. Ik zal voor de zomer van 2016 een adviesaanvraag doen bij de NZa.
9. Om te zorgen dat er meer wordt geïnnoveerd in de langdurige zorg zal ik de ontwikkeling van Health Impact Bonds ondersteunen. Hiervoor zal vanuit VWS expertise worden geleverd aan partijen die een Bond willen sluiten. Ook zal tijdelijke ondersteuning worden geboden aan het Health Impact Lab (HIBLAB) dat wordt opgezet door onder andere Society Impact. Dit betreft nadrukkelijk geen garantiestelling door VWS.
10. Om te zorgen dat er meer technologische innovaties in de zorg komen waar mensen profijt van kunnen hebben, zal ik nieuwe initiatieven ondersteunen via Zorg voor Innoveren[20].

Deze acties licht ik nader toe in de bijgevoegde uitwerking van deze brief. Bij het uitvoeren van deze acties houd ik er rekening mee dat de uitwerking bij verschillende sectoren anders kan uitpakken. Bovendien geldt dat het experimenteerartikel in de Wlz ruimte biedt om, indien dit nodig is, af te wijken van bestaande wet- en regelgeving. Ik heb de Tweede Kamer tijdens de plenaire behandeling van de Wlz toegezegd met dit artikel de vernieuwing tussen de verschillende wetten aan te willen jagen. Het gaat dan onder andere om het experiment integraal pgb, experimenten op het vlak van dementiezorg, het ontwikkelen van de dienst thuisondersteuning[21], het inzetten van de kennis van de specialist ouderengeneeskunde in de wijken en het experimenteren met domeinoverstijgende bekostiging met als doel integrale zorg thuis te realiseren.

Zorgverleners, aanbieders en zorgkantoren werken continu aan verbetering van de kwaliteit. Tijdens de plenaire behandeling van de Wlz in de Tweede Kamer heb ik u toegezegd een overzicht te sturen van experi-

---

[20] http://www.zorgvoorinnoveren.nl
[21] TK 2015–2016, 29 282, nr. 238

menten in de afgelopen vijf jaar. Dit overzicht vindt u in bijlage 2[22] bij deze brief. Van de initiatieven en experimenten op dit overzicht is veel geleerd. Succesvolle uitkomsten worden onder meer betrokken bij de verpleeghuislocaties die van start willen met de «best practices». Goede voorbeelden zijn op de site «Invoorzorg!» verspreid, zodat ook andere zorgaanbieders daarmee hun voordeel kunnen doen.

Bewaken van de voortgang

In het algemeen overleg decentralisatie Wmo/Langdurige zorg van 30 april 2015 heb ik aan de Tweede Kamer toegezegd bij deze agenda ook in te gaan op mijn rol in de uitvoering. De beoogde vernieuwing in de uitvoering vereist de inzet van partijen die bij de uitvoering van de langdurige zorg betrokken zijn en ik zal de komende tijd met hen de hierboven genoemde acties uitwerken. Hiervoor start op korte termijn een uitvoeringsprogramma, aangestuurd door VWS. Partijen hechten eraan dit programma gezamenlijk uit te voeren, ieder vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheden. Vanwege de samenhang met het tijdpad dat geldt voor de jaarlijkse zorginkoop zullen afspraken die raken aan de zorginkoop 2017 onderdeel zijn van een bestuurlijk afspraak die ik in mei naar de Tweede Kamer zal zenden.

Uiteraard wordt bij de uitwerking nauw aangesloten bij programma's zoals «Waardigheid en Trots» en het plan van aanpak voor de gehandicaptenzorg, waarin onderdelen van de motie van Kamerlid van Dijk c.s.[23] zijn ondergebracht. Vanwege de samenhang met andere trajecten heb ik ervoor gekozen om sommige onderwerpen uit deze motie bij andere brieven te betrekken. In het kader van «Waardigheid en Trots» wordt bezien hoe en op basis van welke criteria de kwaliteit van zorgverlening in de ouderenzorg kan worden verhoogd. Voor de gehandicaptenzorg maakt dit onderdeel uit van het plan van aanpak kwaliteit dat u dit voorjaar van mij ontvangt. Het versterken van de inbreng van de cliënt in de organisatie van de eigen zorg is zowel onderdeel van de eerder in deze brief genoemde acties als van de kwaliteitsbrieven voor de ouderen- en de gehandicaptenzorg. Over de positionering van zorgkantoren heb ik u in 2015 reeds schriftelijk geïnformeerd[24]. Conclusie in die brief was dat opschaling van het aantal zorgkantoorregio's op korte termijn niet substantieel aan meer cliëntgerichtheid zou bijdragen.

Op welke wijze regeldruk, administratieve lasten en bureaucratie kunnen worden tegengegaan kom ik binnenkort terug. In vervolg op het voortgezet algemeen overleg over de Wmo en Wlz is hiertoe op 13 oktober 2015 een motie van Kamerleden Van Dijk en Bergkamp[25] door de Tweede Kamer aangenomen. In deze motie verzoekt u mij met voorstellen te komen die de toegenomen regeldruk aanpakken. Deze voorstellen zal ik u, samen met de eindevaluatie van het experiment regelarme instellingen, voor het algemeen overleg ouderenzorg op 10 maart doen toekomen.

Tot slot

Mensen met een zware beperking leven 24 uur per dag met zorg. Zij zijn voor de meest vanzelfsprekende dingen 24 uur per dag afhankelijk van anderen. Met de genoemde acties moet hun belang voorop komen te staan. Deze fundamentele verschuiving naar ondersteuning van leven met

---

[22] Ter inzage gelegd op de afdeling Inhoudelijke ondersteuning.
[23] TK 2013–2014, 33 891, nr. 106
[24] TK 2013–2014, 34 104, nr. 62
[25] TK 2015–2016, 34 104, nr. 76

zorg kent onder alle bij de uitvoering van de Wlz betrokken partijen groot draagvlak en belichaamt de ambitie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap en de Wet langdurige zorg.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn